Éducation en matière de santé sexuelle à l'école :

Foire aux questions
Édition 2015 de l'Ontario



Éducation en matière de santé sexuelle à l'école : Foire aux questions (Édition 2015 de l'Ontario)



Une ressource présentant les réponses à vos questions sur l'éducation en matière de santé sexuelle offerte à l'école

Le présent guide a été préparé par le Sex Information and Education Council of Canada (www.sieccan.org).

Table des matières

Notice proposée pour les citations :

Sex Information and Education Council of Canada. *Éducation en matière de santé sexuelle à l'école : Foire aux questions (Édition 2015 de l'Ontario)*, 2015, Toronto (Ontario). <URL : www.sieccan.org>

Introduction

Le fait d'avoir accès à une éducation générale en matière de santé sexuelle qui fournit les renseignements et les compétences nécessaires pour améliorer la santé sexuelle et éviter les problèmes dans ce domaine est un facteur contribuant grandement à la santé et au bien-être des jeunes (Agence de la santé publique du Canada, 2008; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2004). Les programmes scolaires sont un vecteur essentiel d'éducation en matière de santé sexuelle pour les jeunes. Les enseignantes et enseignants, les professionnelles et professionnels de la santé publique, les administratrices et administrateurs, et les autres personnes s'employant à fournir une éducation de qualité en matière de santé sexuelle dans les écoles se font souvent demander d'expliquer le fondement, la philosophie et le contenu des programmes proposés et existants d'éducation en matière de santé sexuelle. Le présent document, préparé par le Sex Information and Education Council of Canada (www.sieccan.org), vise à soutenir l'offre d'une éducation de qualité en matière de santé sexuelle dans les écoles de l'Ontario et partout au Canada. Il fournit des réponses à certaines des questions les plus courantes des parents, des communautés, du personnel enseignant, des planificatrices et planificateurs de programmes, des administratrices et administrateurs d'écoles et d'établissements du domaine de la santé, et des administrations concernant l'éducation en matière de santé sexuelle offerte dans les écoles.

Les Canadiennes et Canadiens forment une société pluraliste où des personnes aux valeurs philosophiques, culturelles et religieuses variées vivent ensemble en reconnaissant et en respectant mutuellement les droits et libertés accordés à chacun et chacune dans une société démocratique. Sur le plan philosophique, le présent document illustre l'approche démocratique d'éducation en matière de santé sexuelle appuyée par des principes énoncés dans les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008) de l'Agence de la santé publique du Canada. Ces lignes directrices partent du postulat selon lequel l'éducation en matière de santé sexuelle devrait être accessible à toutes et à tous et offerte à un âge opportun, dans le respect des différences culturelles et du droit de chacun de faire des choix éclairés concernant sa santé sexuelle et reproductive. Cette approche concorde avec le droit de toutes les Canadiennes et de tous les Canadiens à la liberté et à la sécurité et à la liberté de pensée, de croyance et d'expression énoncées dans la Charte canadienne des droits et libertés. Une éducation en matière de santé sexuelle guidée par des principes démocratiques fournit aux jeunes des renseignements complets et exacts qui leur permettent de prendre des décisions éclairées influant directement sur leur santé et leur bien-être. Comme il est mentionné à la question n[o] 5 plus bas, les lignes directrices indiquent en outre que l'éducation en matière de santé sexuelle doit être offerte dans le cadre de programmes n'établissant pas de discrimination fondée, par exemple, sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, ce qui cadre avec la section traitant de l'égalité dans la Charte canadienne des droits et libertés et le *Code des droits de la personne* de l'Ontario. Les réponses fournies dans le présent document se fondent sur des recherches scientifiques récentes et crédibles. Une approche fondée sur des données probantes, conjuguée au respect des droits individuels accordés au sein d'une société démocratique, jette des bases solides pour la création et la mise en œuvre de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle de qualité dans les écoles.

1. Quels sont les principaux problèmes associés à la santé sexuelle des jeunes?

La santé sexuelle est une question multidimensionnelle. Elle implique la réalisation d'objectifs, comme des relations interpersonnelles mutuellement enrichissantes et des enfants désirés, ainsi

que la prévention de problèmes, notamment de grossesses imprévues et d'infections transmises sexuellement (ITS) et du VIH (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Les principaux défis associés à la santé sexuelle des jeunes de l'Ontario et du Canada comprennent les tendances relatives aux grossesses chez les adolescentes, aux ITS, à l'âge de la première relation sexuelle et à l'utilisation du condom, ainsi que les problèmes que rencontrent les jeunes homosexuels, bisexuels et transgenres (LGBT), l'influence de la technologie, et la nécessité de gérer les agressions sexuelles.

Il est probable qu'une grande partie des grossesses chez les adolescentes, en particulier les plus jeunes d'entre elles, sont inattendues. Le taux de grossesse à l'adolescence est donc un assez bon indicateur de la capacité des jeunes femmes de contrôler cet aspect de leur santé sexuelle et reproductive (McKay, 2012). Au Canada, le taux de conception (c'est-à-dire le nombre de naissances par rapport au nombre d'avortements) chez les adolescentes plus jeunes (de 15 à 17 ans) et plus âgées (de 18 ou 19 ans) a chuté considérablement au cours des dernières décennies (McKay, 2006; 2012). En effet, entre 2001 et 2010, le taux de grossesse chez les adolescentes de 15 à 19 ans en Ontario est passé de 30,6 cas par tranche de 1 000 femmes à 21,2 cas, ce qui représente une baisse de 30,7 %. Au Canada, pendant cette même période, ce taux a diminué de façon plus modeste, soit de 20,3 % (McKay, 2012). D'après les données de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada, de 2007 à 2013, le taux d'avortement chez les adolescentes de l'Ontario est passé de 13,0 cas par tranche de 1 000 femmes à 7,8 cas, ce qui constitue une baisse de 40,0 % (Sex Information and Education Council of Canada, données non publiées). Pour consolider cette tendance, il est essentiel que tous les jeunes de l'Ontario reçoivent de l'information médicale concise, à jour et exacte sur les méthodes de contraception.

Les ITS menacent considérablement la santé et le bien-être des jeunes de l'Ontario, tout particulièrement la chlamydia, qui peut engendrer de nombreux problèmes de santé si elle n'est pas traitée. Une infection non diagnostiquée pourrait notamment causer, chez la femme, une atteinte inflammatoire pelvienne (AID), des douleurs pelviennes chroniques, une grossesse extra-utérine, la stérilité tubaire, et une augmentation des risques de contracter le VIH (Agence de la santé publique du Canada, 2010a). Le taux de chlamydia signalé (nombre de tests positifs déclarés aux organismes de santé publique) a constamment augmenté au cours des dernières années, autant en Ontario qu'au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2014; Santé publique Ontario, 2014). Même si cette hausse peut être attribuée en partie ou en totalité à l'amélioration des pratiques de dépistage et des méthodes d'analyse, il n'en demeure pas moins que le nombre de jeunes contractant la chlamydia chaque année en Ontario est considérable. En effet, dans la province, ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui présentent le taux de chlamydia signalé le plus élevé, suivies des adolescentes de 15 à 19 ans (Santé publique Ontario, 2014). Il n'existe pas de chiffres clairs sur la prévalence de cette maladie en fonction de l'âge en Ontario et au Canada, mais les données de la surveillance aux États-Unis indiquent que la chlamydia est détectée chez 8,4 % des femmes de 15 à 24 ans fréquentant des centres de planification familiale (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

D'autres ITS sont également courantes chez les adolescentes et adolescents et les jeunes adultes. Une étude auprès des étudiantes et étudiants d'une université canadienne a révélé une prévalence du virus du papillome humain (VPH) chez plus de 50 % des femmes et les hommes (Burchell, Tellier, Hanley, Coutlée et Franco, 2010). Selon les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, environ 6 % des personnes de 14 à 34 ans sont atteintes d'herpès génital, infection due au virus VHS2 (Rotermann, Langlois, Severini et Totten, 2013), et il est probable qu'une grande partie d'entre elles l'aient contracté lors de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Par ailleurs, l'émergence d'une souche de gonorrhée résistante aux antibiotiques au Canada est une source d'inquiétude croissante (Agence de la santé publique du Canada, 2013b). Un taux élevé d'ITS chez les jeunes de l'Ontario se traduit en un nombre important de problèmes de santé – pourtant évitables – et

occasionne forcément des coûts substantiels au système de soins de santé. L'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire peut jouer un rôle de premier plan en donnant aux jeunes les connaissances nécessaires sur les ITS et leur prévention.

La majeure partie des Canadiennes et Canadiens ont leur première relation sexuelle à l'adolescence (Rotermann, 2008, 2012). D'après les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, 35 % des jeunes du pays ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 17 ans, et plus des deux tiers des répondants (68 %), avant 20 ans (Rotermann, 2012). Selon un sondage visant les jeunes de l'Ontario, 18 % des adolescentes et 25 % des adolescents de 9e et 10e année ont déjà eu des rapports sexuels (Freeman, King, Al-Haque et Picket, 2012). Au début de la vingtaine, environ les trois quarts des jeunes du Canada sont sexuellement actifs à divers degrés (Milhausen et coll., 2013; Rotermann, 2012). De plus, il faut noter que le pourcentage de jeunes canadiens ayant eu une relation sexuelle est demeuré stable depuis le milieu des années 1990 (Rotermann, 2008, 2012). Il est important que l'éducation en matière de santé sexuelle offerte à l'école fournisse des renseignements adaptés au stade de développement des jeunes et qu'elle traite du moment opportun du début des activités sexuelles avec un partenaire. Autrement dit, par exemple, il est nécessaire et approprié de parler de la possibilité de retarder la première relation sexuelle, de l'importance de l'utilisation du condom pour réduire les risques de contracter une ITS, et des méthodes de contraception pouvant prévenir une grossesse inattendue, et ce, avant qu'une proportion appréciable des jeunes soient devenus actifs sexuellement.

Le taux d'utilisation du condom chez les adolescentes et adolescents du Canada sexuellement actifs est relativement élevé : environ 80 % des jeunes de 15 à 17 ans déclarent avoir employé un condom lors de leur dernier rapport sexuel (Rotermann, 2012). Toutefois, une tendance persistante veut que ce taux d'utilisation diminue avec l'âge. En effet, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, ce taux passait à 74 % chez les jeunes de 18 et 19 ans, et à 63 % chez les personnes de 20 à 24 ans (Rotermann, 2012). Une étude plus récente réalisée auprès d'étudiantes et d'étudiants universitaires du Canada indiquait que moins de la moitié des répondants avaient utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle (Milhausen et coll., 2013). Cette propension à délaisser le condom avec l'âge montre clairement que de nombreux jeunes du pays sous-estiment les risques de contracter une ITS (les personnes de 20 à 24 ans affichent le taux le plus élevé de chlamydia et d'autres ITS). Pour réduire le fardeau que les ITS font porter aux jeunes et à l'ensemble de la société, il est nécessaire d'offrir une éducation en matière de santé sexuelle incorporant des renseignements complets sur les ITS et leur prévention.

Comme il est indiqué à la question nº 10, l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire est souvent présentée dans une perspective majoritairement ou exclusivement hétérosexuelle, et peut par conséquent négliger les besoins des jeunes LGBT. Qui plus est, les jeunes LGBT sont souvent victimes de beaucoup d'actes de harcèlement et de violence à l'école (Taylor et coll., 2011).

Tel qu'il est rapporté à la question nº 11, au Canada, les victimes d'agressions sexuelles sont principalement des jeunes de 15 à 24 ans, et les femmes y sont surreprésentées (Perreault et Brennan, 2010). Il est de plus en plus admis que les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle doivent intégrer le concept de *consentement* en vue de réduire le nombre d'agressions sexuelles au Canada.

Comme il est indiqué à la question nº 12, la technologie (c.-à-d. les téléphones cellulaires et intelligents et Internet) a profondément modifié la manière dont les jeunes sont exposés à des images et à de l'information sur la sexualité et la manière dont ils s'en imprègnent. Le *sextage* et la pornographie en ligne pourraient être la cause de problèmes en matière de santé sexuelle chez les jeunes et, par conséquent, ces questions méritent d'être abordées dans le cadre des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle.

2. Pourquoi les écoles doivent-elles offrir de l'éducation en matière de santé sexuelle?

« La santé sexuelle est un aspect clé de la santé personnelle et du bien-être social qui a une influence sur les personnes toute leur vie durant » (Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 2). C'est pourquoi « l'éducation sexuelle devrait être offerte à tous les Canadiens et fait partie intégrante des programmes et des services de promotion de la santé » (Santé Canada, 2003, p. 1).

En principe, toutes les Canadiennes et tous les Canadiens, y compris les jeunes, ont droit à l'information nécessaire pour prévenir les problèmes liés à la santé sexuelle (notamment les grossesses inattendues, les agressions sexuelles ou les ITS comme le VIH) et améliorer leur santé sexuelle (p. ex., image de soi positive et estime de soi, ou intégration de la sexualité dans des relations mutuellement satisfaisantes), et aux occasions de développer leur motivation, leur discernement et les compétences nécessaires à cet égard. Pour renseigner adéquatement les jeunes et leur fournir la motivation, le discernement et les compétences nécessaires pour protéger leur santé sexuelle et reproductive, « il est impératif que le système scolaire (en collaboration avec les parents, la communauté et les professionnels de la santé) joue un rôle important dans les efforts d'éducation et de promotion en matière de santé sexuelle » (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2004, p. 601). Comme l'indique l'Agence de la santé publique du Canada :

> **Les écoles, qui sont les seuls établissements d'enseignement formels à établir des contacts significatifs (et obligatoires) avec presque tous les jeunes, occupent une place de choix lorsqu'il s'agit de donner aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes les connaissances, la compréhension, les compétences et les attitudes dont ils auront besoin pour prendre des décisions qui favorisent leur santé sexuelle ainsi que pour agir en conséquence tout au long de leur existence (Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 23).**

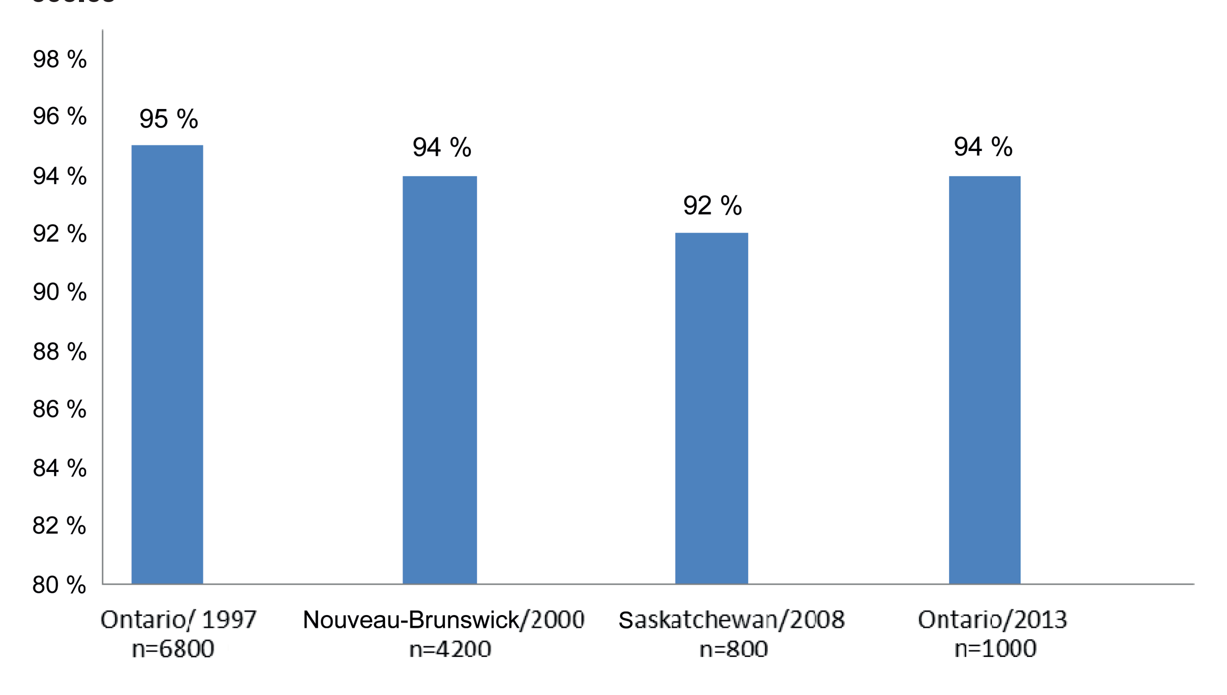
En tant qu'élément fondamental du développement et du bien-être des jeunes, l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire peut jouer un rôle déterminant dans la prévention primaire d'importants problèmes dans ce domaine. Comme il est expliqué plus en détail ailleurs dans le présent document, la mise en œuvre de programmes bien planifiés d'éducation en matière de santé sexuelle aide efficacement les jeunes à réduire leurs risques de contracter une ITS ou le VIH ou d'avoir une grossesse imprévue. En outre, il faut souligner qu'un des objectifs phares de l'éducation en matière de santé sexuelle consiste à renseigner les jeunes sur des aspects généraux de la santé sexuelle, y compris comment se forger une image de soi positive et intégrer la sexualité dans des relations interpersonnelles enrichissantes et fondées sur l'égalité (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

3. Les parents souhaitent-ils que leurs enfants reçoivent de l'éducation en matière de santé sexuelle à l'école?

Les parents et les tutrices et tuteurs font partie des principales personnes guidant les jeunes en ce qui concerne les comportements sexuels et les valeurs liées à la sexualité, et à ce titre, leur rôle est primordial. Beaucoup d'adolescentes et d'adolescents se tournent vers eux pour obtenir de précieux renseignements dans ce domaine (Frappier et coll., 2008). Les parents sont néanmoins conscients que l'école doit jouer un rôle clé dans l'éducation de leurs enfants en matière de santé sexuelle.

Figure 1.

Pourcentage de parents estimant que la santé sexuelle devrait être enseignée dans les écoles



Selon une série de sondages visant en tout 7 800 parents de l'Ontario (McKay, Pietrusiak et Holowaty, 1998; McKay, Byers, Voyer, Humphreys et Markham, 2014) et 5 000 d'autres régions du Canada (Advisory Committee on Family Planning, 2008; Weaver, Byers, Sears, Cohen et Randall, 2002), il est clair que la grande majorité des parents sont favorables à l'offre d'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles (voir figure 1).

Dans le plus récent sondage effectué en Ontario (McKay et coll., 2014), les parents ont déterminé qu'il était important d'inclure chacun des 13 sujets suivants au programme d'éducation en matière de santé sexuelle :

- Utilisation des bons termes pour nommer les parties du corps, y compris les organes génitaux;
- Changements sur les plans physique, cognitif, émotionnel et social;
- Puberté;
- Reproduction;
- Abstinence;
- Méthodes de contraception;
- ITS;
- Compétences nécessaires pour établir des relations saines;
- Aptitudes en prise de décisions;
- Estime de soi et épanouissement personnel;
- Aptitudes à la communication;
- Orientation sexuelle;
- Compétence médiatique.

4. Les jeunes souhaitent-ils recevoir de l'éducation en matière de santé sexuelle à l'école?

Les sondages réalisés auprès des jeunes du Canada montrent clairement que ces derniers veulent recevoir de l'éducation en matière de santé sexuelle à l'école (Byers, Sears, Voyer, Thurlow, Cohen et Weaver, 2003a; Byers, Sears, Voyer, Thurlow, Cohen et Weaver, 2003b; McKay et Holowaty, 1997). Par exemple, un sondage visant les jeunes du secondaire a révélé que 92 % d'entre eux estimaient que les écoles devraient fournir ce type d'éducation, et les répondants considéraient les sujets suivants comme très ou extrêmement importants : puberté, reproduction, sécurité personnelle, agression sexuelle, prise de décisions liées à la sexualité dans le cadre de relations amoureuses, méthodes de contraception et pratiques sexuelles sécuritaires, et ITS (Byers et coll., 2003a). De plus, dans le sondage Toronto Teen Survey, les jeunes ont indiqué que les questions des relations saines, du VIH/sida, du plaisir et de la communication étaient les sujets liés à l'éducation en matière de santé sexuelle qui les intéressaient le plus (Causarano, Pole, Flicker et l'équipe de recherche du Toronto Teen Survey, 2010). D'après des sondages nationaux effectués auprès des jeunes du Canada, les écoles sont leur principale source d'information sur la santé sexuelle, soit sur la sexualité, la puberté, les méthodes de contraception et le VIH/sida (Boyce, Doherty, Fortin et Mackinnon, 2003). Les répondants ont également indiqué que les écoles étaient la source d'information la plus utile et précieuse dans ce domaine (Frappier et coll., 2008). Par contre, lors de sondages effectués en Ontario, 45 % des élèves déclaraient que les cours d'éducation en matière de santé sexuelle ne touchaient pas aux problèmes qu'ils avaient rencontrés ou anticipaient (Association des élèves conseillers et conseillères de l'Ontario, 2011).

5. Quelles sont les valeurs enseignées dans le cadre de l'éducation en matière de santé sexuelle offerte en milieu scolaire?

Le Canada est une société pluraliste où les gens ont différentes visions de la sexualité. Toutefois, les Canadiennes et Canadiens sont unis par le respect qu'ils portent aux valeurs et aux principes fondamentaux qui caractérisent une société démocratique. D'ailleurs, de nombreux programmes scolaires d'éducation en matière de santé sexuelle au Canada reposent sur le cadre philosophique global que constituent les valeurs démocratiques (p. ex., le droit de prendre des décisions éclairées en matière de santé et de bien-être). Les communautés se sont inspirées des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008) de l'Agence de la santé publique du Canada pour dégager un consensus sur les valeurs de base que l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire doit respecter. Ces lignes directrices se veulent l'incarnation d'une philosophie pédagogique inclusive qui respecte la diversité et les préceptes fondamentaux de l'éducation caractéristiques d'une société démocratique. Par conséquent, les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* visent à orienter la création de programmes de santé sexuelle :

- axés sur l'estime de soi, le respect et la dignité de l'individu;
- offerts à un âge opportun, dans le respect des différences culturelles et de la diversité, des aptitudes et des options en matière de sexualité de l'individu;
- qui contribuent à sensibiliser les gens aux effets que leurs comportements et gestes peuvent avoir sur les autres et sur la société;
- qui n'établissent pas de discrimination fondée sur l'âge, la race, l'ethnicité, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, le statut socioéconomique, les capacités physiques et cognitives et la religion

en ce qui concerne l'accès à de l'information pertinente, adéquate, exacte et complète (Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 13).

Ces énoncés témoignent du fait que les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle ne devraient pas être *exempts de valeurs*, mais plutôt :

- qu'une éducation efficace en matière de santé sexuelle reconnaît que des personnes responsables peuvent choisir des voies diverses pour parvenir à une santé sexuelle;
- qu'une éducation efficace en matière de santé sexuelle encourage la prise de décisions éclairée en donnant aux personnes la possibilité d'acquérir les connaissances, le discernement, la motivation et les habiletés comportementales qui respectent leurs valeurs et leurs choix (Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 29).

6. L'éducation en matière de santé sexuelle incite-t-elle les jeunes à avoir des relations sexuelles à un plus jeune âge et plus souvent?

L'influence de l'éducation en matière de santé sexuelle sur les comportements sexuels des jeunes a fait l'objet d'un grand nombre de recherches approfondies. D'après une méta-analyse de 174 études sur l'incidence de différentes initiatives de promotion de la santé sexuelle, ces programmes ne se traduisent pas en une hausse de la fréquence des comportements sexuels ou du nombre de partenaires (Smoak, Scott-Sheldon, Johnson et Carey, 2006). Plus précisément, selon un examen de 66 études visant à évaluer les effets d'une éducation générale en matière de santé sexuelle (comprenant de l'information sur l'abstinence, les méthodes de contraception, et la prévention des ITS et du VIH, notamment grâce à l'utilisation du condom), ces programmes ne sont pas à l'origine de comportements sexuels plus précoces ou fréquents. Au contraire, les adolescentes et adolescents ayant reçu cette éducation sont moins actifs sexuellement que ceux qui ne bénéficient pas de ce type d'intervention (Chin et coll., 2012, p. 286-287). D'autres recensements d'études sur le même sujet aboutissent au même constat : l'éducation en matière de santé sexuelle offerte aux jeunes ne conduit pas à des comportements sexuels plus précoces ou fréquents (Bennett et Assefi, 2005; Johnson, Scott-Sheldon, Huedo-Medina et Carey, 2011; Kirby, Laris et Rolleri, 2007).

7. Y a-t-il des études qui indiquent hors de tout doute que l'éducation en matière de santé sexuelle peut réellement contribuer à réduire les grossesses inattendues et les risques de contraction du VIH ou d'ITS chez les jeunes?

Il existe un grand bassin d'études rigoureuses – se présentant sous forme de publications examinées par des pairs et évaluant l'incidence d'initiatives en matière de santé sexuelle bien conçues sur le comportement des adolescentes et adolescents – dont les conclusions établissent que ces programmes améliorent sensiblement les pratiques en matière de santé sexuelle (notamment retarder la première relation sexuelle ou utiliser davantage le condom). Par exemple, le recueil d'initiatives

fondées sur des données probantes et de pratiques exemplaires pour la prévention du VIH (Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention, 2014) des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis comprend des programmes destinés aux adolescentes et adolescents qui ont été rigoureusement évalués et qui donnent lieu à une diminution des cas de VIH et d'ITS et des comportements sexuels à risque. Les sources suivantes présentent des examens complets de travaux de recherche montrant qu'une éducation bien conçue en matière de santé sexuelle améliore les comportements : Bennett et Assefi (2005), Chin et coll. (2012), Johnson et coll. (2011), Kirby, Laris et Rolleri (2007), et Protogerou et Johnson (2014).

8. Les programmes *prônant uniquement l'abstinence* sont-ils une forme appropriée et efficace d'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire?

Dans certaines régions des États-Unis, des communautés et des conseils scolaires reçoivent des fonds du gouvernement fédéral pour offrir des programmes d'éducation sur la sexualité *prônant uniquement l'abstinence*. (Les programmes généraux ou approfondis d'éducation en matière de santé sexuelle sont aussi admissibles à ce financement.) Pour avoir droit à ces fonds, un programme doit viser exclusivement à enseigner les avantages de l'abstinence sur les plans social, psychologique et de la santé, et à faire savoir aux élèves que les relations sexuelles hors mariage risquent de nuire à leur santé psychologique et physique (Social Security Administration, 2015). Pour déterminer si les programmes prônant uniquement l'abstinence sont des formes convenables d'éducation en matière de santé sexuelle à l'école, deux questions se posent. Premièrement, ces programmes réussissent-ils à dissuader les jeunes d'avoir des relations sexuelles? Deuxièmement, respectent-ils le droit des jeunes de pouvoir prendre des décisions éclairées en fonction de leurs propres valeurs en matière de santé sexuelle et reproductive?

Il faut souligner que dans le cadre de l'éducation des jeunes, on entend généralement par « abstinence » le fait de ne pas avoir de relations sexuelles avant le mariage. Cependant, ce mot peut revêtir différents sens, notamment celui d'éviter d'avoir des rapports sexuels jusqu'à un moment donné, de ne pas avoir de relations sexuelles avec un partenaire (p. ex., coït, sexe oral, contacts sexuels), et parfois même de s'abstenir de se masturber. Bref, le terme « abstinence » peut être très ambigu et doit être employé avec circonspection, le cas échéant, lors de la détermination des objectifs de l'éducation en matière de santé sexuelle destinée aux jeunes.

Un grand nombre de recherches indiquent clairement que la plupart des programmes d'éducation sur la sexualité prônant uniquement l'abstinence ne réussissent pas à réduire les comportements sexuels des adolescentes et adolescents. Par exemple, selon une évaluation pilote où ont été examinés au hasard plusieurs sites qui offraient des programmes prônant uniquement l'abstinence financés par le gouvernement fédéral, les élèves ayant participé à ces programmes n'étaient pas plus susceptibles de pratiquer l'abstinence, de retarder leur première relation sexuelle ou d'avoir moins de partenaires comparativement aux autres élèves (Trenholm et coll., 2007). Ces résultats concordent avec ceux d'autres études d'envergure (p. ex., Kohler, Manhart et Lafferty, 2008) et des évaluations visant les programmes prônant uniquement l'abstinence, qui signalent l'inefficacité de ce type d'éducation (p. ex., Bennett et Assefi, 2005; Hauser, 2004; Johnson et coll., 2011; Kirby, 2008; Protogerou et Johnson, 2014). Dans les rares

cas où ces programmes ont permis de réduire les comportements sexuels chez des jeunes moins âgés (p. ex., de 10 à 14 ans) comparativement à ceux n'ayant pas eu d'éducation sur la sexualité, ils ne fournissaient pas de renseignements sur les grossesses inattendues et la prévention du VIH et des ITS, alors que des élèves sont devenus sexuellement actifs pendant le programme ou au cours des mois ou des années qui ont suivi (Chin et coll., 2012).

Comme il a été mentionné précédemment, plus des deux tiers des jeunes du Canada ont leur première relation sexuelle avant l'âge de 20 ans, et une proportion appréciable d'entre eux deviennent sexuellement actifs au milieu de leur adolescence. Ces statistiques demeurent constantes d'une année à l'autre (Rotermann, 2005, 2008, 2012). Les jeunes ont le droit de recevoir de l'information sur la santé sexuelle et reproductive correspondant à leurs besoins, à leur situation et à leurs choix. Pour la plupart des jeunes du Canada, il s'agit notamment de renseignements sur les méthodes de contraception et les pratiques sexuelles plus sécuritaires (p. ex., utilisation du condom) permettant de réduire les risques de contracter le VIH ou d'autres ITS. Selon les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008) de l'Agence de la santé publique du Canada :

Une éducation efficace en matière de santé sexuelle encourage la prise de décisions éclairée en donnant aux personnes la possibilité d'acquérir la connaissance, le discernement, la motivation et les habiletés comportementales qui respectent leurs valeurs et leurs choix. Par exemple, certains adolescents ont des rapports sexuels avec des partenaires, tandis que d'autres prendront la décision de retarder ces activités sexuelles en connaissance de cause. [. . .] Une éducation efficace en matière de santé sexuelle reconnaît que des personnes responsables peuvent choisir des voies diverses pour parvenir à une santé sexuelle (p. 29).

Les programmes éducatifs qui visent délibérément à ne pas fournir aux gens l'information nécessaire pour prendre des décisions volontaires éclairées en matière de santé sexuelle ne sont pas éthiques (World Association for Sexual Health, 2008). Les politiques prônant uniquement l'abstinence pourraient constituer une violation des droits de la personne, car ils cachent aux jeunes des renseignements sur le VIH et d'autres ITS pouvant éventuellement leur sauver la vie (Ott et Santelli, 2007).

9. Quelles sont les principales composantes des programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle?

Pour qu'un programme d'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire soit efficace, il est primordial d'allouer suffisamment de temps en classe à l'enseignement de ce sujet important, et de fournir au personnel enseignant le soutien et la formation nécessaires, et de le motiver (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2004). Comme l'explique l'Agence de la santé publique du Canada (2008, p. 22), « l'éducation en matière de santé sexuelle devrait être présentée par des personnes qui sont à l'aise avec le sujet, solidement formées, bien renseignées et neutres qui bénéficient d'un bon soutien administratif de la part de leur organisme ou de leur organisation ».

À la lumière des études sur la promotion de la santé sexuelle, il est évident que les programmes efficaces sont fondés sur des modèles théoriques de modification du comportement qui permettent aux enseignantes et enseignants de comprendre et d'influencer les comportements liés à la santé sexuelle (Albarracin, Gillette, Earl et coll., 2005;

Kirby, Laris et Rolleri, 2007; Protogerou et Johnson, 2014; Agence de la santé publique du Canada, 2008). Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008) de l'Agence de la santé publique du Canada établissent un cadre permettant de mettre en œuvre des programmes efficaces qui reposent sur le modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) et visent à améliorer la santé sexuelle et à prévenir les problèmes connexes (Albarracin, Gillette, Earl, et coll., 2005; Fisher et Fisher, 1998). Par exemple, le modèle IMHC souligne que pour que l'éducation en matière de santé sexuelle porte fruit, elle doit fournir de l'information ayant un lien direct avec la santé sexuelle (p. ex., renseignements sur les méthodes de contraception efficaces et les moyens de les obtenir), tenir compte de facteurs de motivation influant sur les comportements associés à la santé sexuelle (p. ex., discuter de la pression sociale incitant les jeunes à devenir actifs sexuellement et des avantages de retarder la première relation sexuelle), et inculquer les habiletés comportementales nécessaires pour protéger et améliorer sa santé sexuelle (p. ex., apprendre à persuader son partenaire d'utiliser le condom ou apprendre à définir ses limites en matière de sexualité; voir

Tableau 1.

Principales composantes des programmes efficaces de promotion de la santé sexuelle

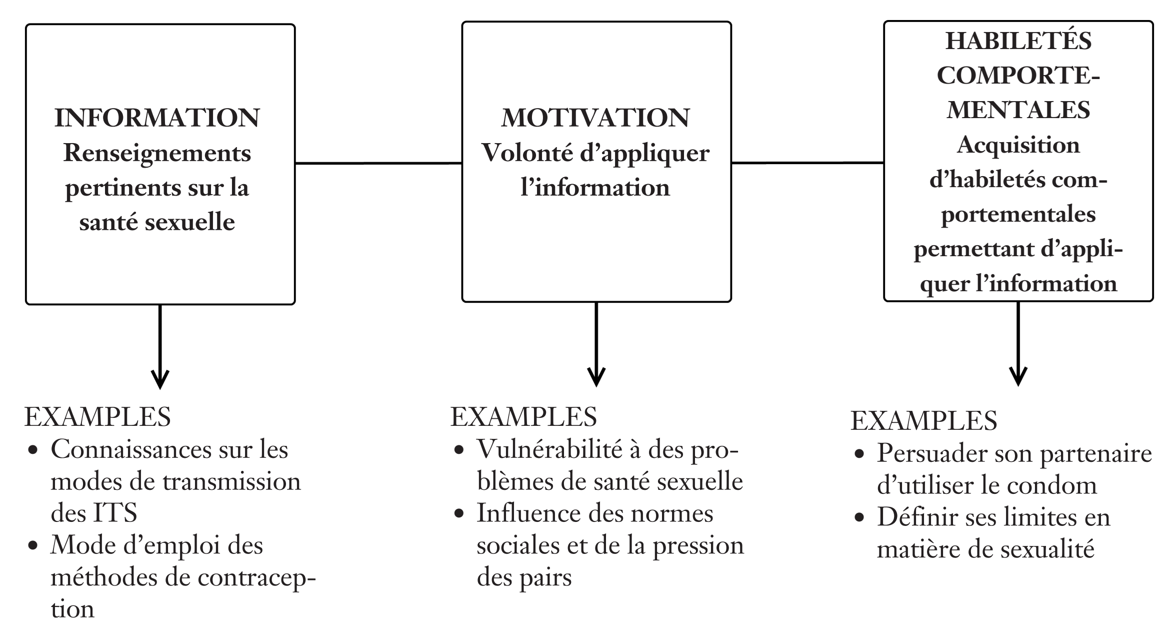
1.	Allouer un laps de temps réaliste et suffisant pour atteindre les objectifs du programme.
2.	Fournir au personnel enseignant la formation et le soutien administratif dont il a besoin pour offrir efficacement le programme.
3.	Faire appel à de bonnes méthodes d'enseignement, comme utiliser des modèles théoriques éprouvés pour concevoir et mettre en œuvre les programmes (p. ex., le modèle IMHC, la théorie sociale cognitive, le modèle transthéorique, la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié).
4.	Employer des techniques d'invitation à converser pour cerner les caractéristiques, les besoins et les styles d'apprentissage optimaux des élèves, y compris adapter l'enseignement en fonction de leurs origines ethnoculturelles, de leur orientation sexuelle et de leur stade de développement.
5.	Cibler tout particulièrement les comportements à l'origine de problèmes de santé sexuelle, comme des ITS, le VIH et des grossesses non désirées.
6.	Parler de prévention, notamment des limites que l'on peut fixer (p. ex., retarder la première relation sexuelle ou refuser d'avoir des rapports sexuels), de l'utilisation du condom à chaque rapport et d'autres méthodes de contraception, et répéter régulièrement ces messages.
7.	Intégrer au programme des activités tenant compte du milieu et de la situation sociale des élèves, comme la pression des pairs et des partenaires concernant la sexualité à l'adolescence.
8.	Inculquer aux élèves l'information, la motivation et les habiletés comportementales requises pour employer efficacement des pratiques favorisant la santé sexuelle.
9.	Présenter des exemples clairs aux élèves et leur offrir des occasions de s'exercer (p. ex., jeux de rôle) à définir leurs limites, à persuader leur partenaire d'utiliser le condom et à bien communiquer afin qu'ils participent activement au programme au lieu d'être de simples spectateurs.
10.	Utiliser des outils efficaces et appropriés pour évaluer les forces et faiblesses des programmes et améliorer ces derniers.

figure 2). Plusieurs études scientifiques appuient l'utilisation du modèle IMHC en tant que cadre théorique pour la création de programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle destinés aux jeunes (Fisher, Fisher, Bryan et Misovich, 2002; Morrison-Beedy et coll., 2013). Pour en savoir plus sur l'emploi du modèle IMHC dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle, consultez les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

Bon nombre de recherches ont cerné les principales composantes des programmes efficaces de promotion de la santé sexuelle. (Vous trouverez un résumé et une analyse de ces études dans les sources suivantes : Albarracin, Gillette, Earl, et coll. 2005, Fisher et Fisher 1998, Kirby, Laris et Rolleri 2007, Agence de la santé publique du Canada 2008, Protogerou et Johnson 2014, et World Association for Sexual Health 2008). Ces recherches montrent clairement que les programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle comportent inévitablement les éléments énumérés au tableau 1 ci-dessus.

Figure 2.

Utilisation du modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) pour assurer l'efficacité de l'éducation en matière de santé sexuelle



10. Pourquoi est-il important de tenir compte des besoins des élèves homosexuels, bisexuels et transgenres (LGBT) dans l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire?

Auparavant, l'éducation en matière de santé sexuelle offerte à l'école avait tendance à s'axer principalement, si ce n'est exclusivement, sur la perspective hétérosexuelle. Ainsi, les élèves LGBT se trouvaient souvent privés des renseignements pertinents dont ils avaient besoin pour prendre

des décisions éclairées en vue de protéger et d'améliorer leur santé sexuelle (Schalet et coll., 2014). La plupart des classes comptent un ou plusieurs élèves qui ne sont pas hétérosexuels. Dans une enquête démographique effectuée auprès des élèves de l'élémentaire et du secondaire (Toronto District School Board, 2013), 8 % des élèves de la 9e à la 12e année se sont déclarés non hétérosexuels (p. ex., homosexuels, bisexuels ou allosexuels) ou n'étaient pas certains de leur orientation sexuelle. Un pourcentage similaire de jeunes se sont déclarés homosexuels, bisexuels, en questionnement ou hétéroflexibles dans une vaste enquête par sondage visant les élèves du secondaire en Colombie-Britannique (Smith et coll., 2014). Étant la cible de discrimination, de stigmatisation et d'actes d'intimidation, les jeunes LGBT passent souvent inaperçus dans les écoles (Agence de la santé publique du Canada, 2010b; 2010c). Dans ses *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008), l'Agence de la santé publique du Canada suggère que les programmes pédagogiques traitent des besoins en santé sexuelle de tous les élèves, y compris ceux qui sont homosexuels, bisexuels, transgenres ou en questionnement. Par ailleurs, les lignes directrices soulignent que la compréhension des points de vue et des problèmes des diverses minorités sexuelles constitue un élément essentiel de l'éducation générale en matière de santé sexuelle en milieu scolaire, et c'est pourquoi celle-ci devrait tenir compte des besoins des élèves LGBT.

À plusieurs reprises, des sondages ont confirmé que la majeure partie des parents du Canada (Advisory Committee on Family Planning, 2008; Weaver, Byers, Sears, Cohen et Randall, 2002), y compris ceux de l'Ontario (McKay et coll., 2014; McKay, Pietrusiak et Holowaty, 1998), souhaitent que les programmes scolaires d'éducation en matière de santé sexuelle abordent la question de l'orientation sexuelle.

Il est reconnu qu'un milieu scolaire bienveillant et non menaçant est un facteur de protection pouvant réduire les risques que les jeunes rencontrent des problèmes sur les plans social et de la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2010b; 2010c). Toutefois, selon un sondage national d'Egale Canada Human Rights Trust, qui ciblait plus de 3 700 élèves et portait sur l'homophobie, la biphobie et la transphobie dans les écoles canadiennes, 64 % des élèves LGBT ne se sentaient pas en sécurité à l'école, et 21 % des répondants ont déclaré avoir déjà été victimes de harcèlement ou d'agressions physiques à cause de leur orientation sexuelle (Taylor et coll., 2011). En plus d'offrir une éducation en matière de santé sexuelle qui intègre les besoins des élèves LGBT, les écoles peuvent favoriser l'acceptation des pairs, l'attachement à l'école et la sécurité des élèves en organisant et en appuyant la création d'alliances gai-hétéro (Agence de la santé publique du Canada, 2010b). Un sondage réalisé en Ontario a révélé que 79 % des parents et 88 % des élèves estimaient que les jeunes devraient être autorisés à établir une alliance gai-hétéro dans leur école (Association des élèves conseillers et conseillères de l'Ontario, 2011).

11. Pourquoi est-il important de tenir compte des besoins en apprentissage des élèves ayant un handicap physique ou une déficience intellectuelle dans l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire?

Comme il est mentionné dans les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (Agence de la santé publique du Canada, 2008), les jeunes ayant un handicap physique ou une déficience intellectuelle ont droit à une éducation générale en matière de santé sexuelle adaptée à leurs besoins. Or, même s'il s'agit d'une composante de leur santé et de leur bien-être

global comme pour les jeunes sans handicap, les écoles négligent souvent de leur offrir une éducation en matière de santé sexuelle adaptée à leurs besoins, ou encore celle-ci est insuffisante (DiGiulio, 2003; East et Orchard, 2013; Agence de la santé publique du Canada, 2013a; Sex Information and Education Council of Canada, 2015a). Lorsque les jeunes ayant un handicap physique ou une déficience intellectuelle ne reçoivent pas une éducation à ce sujet tenant compte de leurs besoins, ils sont plus susceptibles de contracter des ITS ou le VIH, d'être exploités sexuellement, de souffrir d'isolement et d'avoir une faible estime de soi et une mauvaise qualité de vie (Agence de la santé publique du Canada, 2013). Au Canada, il est particulièrement inquiétant que les jeunes et les adultes ayant un handicap physique ou une déficience intellectuelle soient beaucoup plus susceptibles que les autres personnes d'être victimes d'agressions sexuelles (McDonald, Wobick et Graham, 2004).

Même si les écoles tentent de fournir aux jeunes une éducation en matière de santé sexuelle tenant compte des besoins de tous les élèves, y compris ceux ayant un handicap physique ou une déficience intellectuelle, elles doivent parfois fournir une éducation adaptée aux besoins propres aux élèves ayant un handicap physique ou une déficience intellectuelle. Par exemple, il peut être nécessaire de modifier le matériel du programme en fonction des besoins et des styles d'apprentissage des jeunes atteints du trouble du spectre autistique. Des élèves ayant d'autres types de déficiences intellectuelles peuvent avoir besoin d'une éducation qui convient à leur stade de développement. De même, des jeunes peuvent avoir besoin d'une éducation adaptée à leurs différents handicaps physiques pour acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la protection et à l'amélioration de leur santé sexuelle (DiGiulio, 2003; Agence de la santé publique du Canada, 2013a; Sex Information and Education Council of Canada, 2015a).

12. Devrait-on traiter du concept de consentement dans l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire?

L'éducation en matière de santé sexuelle reflète les valeurs fondamentales de respect des autres et informe les jeunes de leurs obligations morales et juridiques envers les autres au sein d'une société démocratique. Dans cette optique, l'Agence de la santé publique du Canada indique dans ses *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008) que cette éducation doit traiter de l'incidence que certains comportements et gestes peuvent avoir sur les autres. C'est pourquoi il est pertinent et nécessaire d'intégrer le concept de consentement, dans le domaine des comportements sexuels, à l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire. Les deux aspects clés du consentement touchent à 1) l'âge légal auquel un jeune peut consentir à avoir des rapports sexuels, et à 2) la communication du consentement ou du refus d'avoir des relations sexuelles avec une autre personne (Sex Information and Education Council of Canada, 2015).

L'âge du consentement correspond à l'âge où les gens sont en mesure de prendre des décisions par eux-mêmes concernant leur sexualité. Au Canada, l'âge du consentement a été relevé en 2008, passant ainsi de 14 à 16 ans. Une éducation efficace en matière de santé sexuelle doit permettre aux élèves de comprendre clairement l'interprétation du concept d'âge du consentement aux termes de la loi. Le personnel enseignant doit informer les élèves que la loi cible les prédateurs sexuels d'âge adulte et vise à protéger les enfants et les jeunes contre ces derniers. De plus, les jeunes doivent savoir que la loi n'a aucune incidence sur leur droit d'avoir accès à une éducation en matière de santé

sexuelle ou à des services liés à la santé sexuelle ou reproductive.

Même si l'âge du consentement est de 16 ans, il existe des *exceptions associées à la proximité d'âge*. Une de ces exceptions permet aux jeunes de 12 et 13 ans de consentir à des relations sexuelles avec des personnes ayant, au maximum, deux ans de plus qu'eux. Selon une autre de ces exceptions, les jeunes de 14 et 15 ans peuvent consentir à des rapports sexuels avec des partenaires qui ont, tout au plus, 5 ans de plus qu'eux (gouvernement du Canada, 2015). Par exemple, un jeune de 14 ans peut légalement consentir à des relations sexuelles avec une personne de 18 ans. Par contre, un jeune de 15 ans ne peut pas légalement consentir à des rapports sexuels avec une personne de 21 ans; en pareil cas, cette dernière se verrait accusée de contacts sexuels. Selon le *Code criminel*, un jeune de moins de 18 ans ne peut pas consentir légalement à une activité sexuelle avec une personne en situation d'autorité comme une enseignante ou un enseignant, un fournisseur de soins de santé, une entraîneuse ou un entraîneur, une avocate ou un avocat, ou un membre de sa famille (gouvernement du Canada, 2015). Les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle doivent fournir des renseignements sur l'âge du consentement adaptés à l'âge des participants afin que les jeunes soient pleinement conscients des situations où ils pourraient être exploités sexuellement par une personne plus âgée ou en situation d'autorité. En outre, chaque jeune doit savoir dans quels cas sa relation avec des personnes moins âgées que lui constitue une violation de la loi sur l'âge du consentement.

Au Canada, les femmes de 15 à 24 ans sont surreprésentées chez les victimes d'agressions sexuelles, y compris d'attouchements non désirés et de violence sexuelle. En effet, elles sont deux fois plus susceptibles que les femmes de 25 à 34 ans de se faire agresser sexuellement (Perreault et Brennan, 2010). La législation canadienne souligne qu'une activité sexuelle doit se faire selon un accord volontaire; en l'absence d'accord manifesté par des paroles ou le comportement, il n'y a pas de consentement (gouvernement du Canada, 2015). Par ailleurs, la loi indique qu'une personne ne peut pas légalement consentir à une activité sexuelle si elle est jugée incapable de donner son consentement, par exemple en raison d'une forte intoxication à l'alcool ou à une drogue (Sex Information and Education Council of Canada, 2015b).

Une éducation générale en matière de santé sexuelle en milieu scolaire « [aide] les personnes à devenir plus sensibles et conscientes des effets que leurs comportements et leurs gestes peuvent avoir sur les autres et sur la société » (Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 13). Au début du palier élémentaire, cette éducation peut fournir des renseignements de base et des occasions d'acquérir des compétences en lien aux concepts généraux de respect de soi et des autres, ce qui peut comprendre l'apprentissage d'aptitudes en communication verbale et non verbale (p. ex., écoute, respect de soi et des autres et défense de ses besoins personnels). Lors des années d'études suivantes, elle doit permettre aux élèves de comprendre clairement le sens de « consentement » dans le cadre d'activités sexuelles. Compte tenu du stade de développement des élèves à ces années d'études, il est pertinent que les programmes offrent de l'information sur le consentement, car ces jeunes approchent de l'âge où une forte proportion d'entre eux deviennent actifs sexuellement. Pour réduire les risques d'agressions sexuelles et favoriser l'établissement de relations saines fondées sur l'égalité, les jeunes doivent savoir dire non aux rapports sexuels et demander le consentement de leur partenaire (Sex Information and Education Council of Canada, 2015). De plus, l'éducation en matière de santé sexuelle doit fournir aux élèves les connaissances dont ils ont besoin pour déterminer s'ils ont été victimes d'une agression sexuelle.

Pour réduire les cas d'agressions sexuelles chez les jeunes, l'éducation en matière de santé sexuelle peut favoriser la création de relations interpersonnelles et de milieux sociaux exempts de coercition. Pour ce faire, les programmes dans ce domaine peuvent traiter des normes sociétales de genre qui nuisent à l'établissement de relations intimes équitables. En abordant la question de l'inégalité des

sexes sur le plan de la sexualité, les programmes peuvent atténuer les risques de relations sexuelles sans consentement. De plus, selon certaines études, les programmes qui intègrent les questions de genre et de pouvoir sont plus susceptibles de réduire les cas d'ITS et de grossesses imprévues (Haberland, 2015).

13. Devrait-on aborder les dangers liés au sextage et à la pornographie en ligne dans le cadre de l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire?

Les technologies de communication modernes (c.-à-d. les téléphones cellulaires et Internet) ont fondamentalement modifié la manière dont les jeunes sont exposés aux images et à l'information associée à la sexualité et la manière dont ils s'en imprègnent. À l'adolescence, pratiquement tous les jeunes du Canada ont accès à Internet, et la plupart d'entre eux possèdent un téléphone cellulaire ou y ont accès (Steeves, 2014). Internet fournit un accès quasi illimité à la pornographie, et les téléphones cellulaires peuvent servir à envoyer différentes communications à caractère sexuel. D'un côté, ces technologies de communication modernes peuvent aider les jeunes à en savoir plus sur la sexualité grâce à des sources fiables, mais d'un autre côté, le sextage et la pornographie en ligne peuvent nuire à leur santé sexuelle et à leur bien-être (Springate et Omar, 2013). Par conséquent, il est crucial que ces questions soient abordées dans le cadre des programmes généraux d'éducation en matière de santé sexuelle.

Dans une enquête nationale effectuée auprès d'écoles canadiennes, 11 % des élèves de la 10e année et 14 % de ceux de la 11e année ayant un téléphone cellulaire ont déclaré avoir déjà envoyé un sexto à quelqu'un (Steeves, 2014). Il faut que les jeunes soient conscients des conséquences sociales, psychologiques et juridiques associées au sextage (Société canadienne de pédiatrie, 2014). Plus précisément, ils doivent savoir que la distribution ou la diffusion d'une photo ou d'une vidéo de nature sexuelle ou montrant des personnes nues sans le consentement de la personne apparaissant sur la photo ou la vidéo en question constitue une infraction criminelle (gouvernement du Canada, 2015).

Des études montrent qu'il y a de plus en plus de jeunes du Canada qui regardent de la pornographie sur Internet. En effet, un récent sondage national a révélé qu'environ un tiers des élèves de 10e et 11e année regardaient de la pornographie en ligne (Steeves, 2014). Des études plus modestes menées au Canada (Thompson, 2006) et aux États-Unis (Braun-Courville et Rojas, 2009) ont quant à elles révélé des pourcentages encore plus élevés.

Dans les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008), l'Agence de la santé publique du Canada propose que les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle offrent aux élèves une formation sur les compétences médiatiques « afin d'aider les personnes à repérer et à déconstruire les messages et les stéréotypes sexuels dissimulés et évidents (p. 29). Pour que les programmes soient adaptés aux besoins d'apprentissage actuels des jeunes, il est de plus en plus important qu'ils aident les élèves à acquérir les précieuses compétences médiatiques nécessaires pour interpréter et évaluer les images à caractère sexuel en ligne auxquelles ces derniers seront inévitablement exposés. De plus, les jeunes doivent être en mesure d'évaluer la crédibilité des sources d'information sur la sexualité disponibles sur Internet.

14. Quels sont les avantages socioéconomiques associés à la mise en place d'un programme étendu d'éducation en matière de santé sexuelle à l'école?

« La santé sexuelle est un aspect important et positif de la santé personnelle et d'un mode de vie sain » (Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 9). Selon l'Organisation mondiale de la santé (2010), « la santé sexuelle est essentielle à la santé physique et affective et au bien-être des individus, des couples et des familles, ainsi qu'au développement socioéconomique des communautés et des pays » (p. 1). En somme, on prend de plus en plus conscience que la santé sexuelle et son maintien chez les individus, les couples et les familles constituent un aspect important du bien-être global d'une communauté (World Association for Sexual Health, 2008). Un programme étendu d'éducation en matière de santé sexuelle à l'école peut contribuer de façon significative et positive à la santé et au bien-être de la communauté en dotant les jeunes de connaissances indispensables leur permettant de prendre des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle et reproductive.

Les problèmes de santé sexuelle et reproductive, qui peuvent autrement être prévenus, constituent une menace importante pour la santé et le bien-être des individus et des familles en Ontario. Bon nombre de ces problèmes touchent un nombre disproportionné de jeunes et de jeunes adultes. Au-delà des répercussions négatives sur les plans personnel et social, ces problèmes engendrent des coûts considérables pour la société, notamment sous forme de soins de santé.

Selon des statistiques de 2010, environ 9 000 jeunes femmes de moins de 20 ans deviennent enceintes à chaque année en Ontario (McKay, 2012). Plus de la moitié de ces grossesses se soldent par un avortement, ce qui indique qu'une grande proportion de celles-ci sont imprévues. Plus particulièrement chez les jeunes adolescentes, la grossesse et la maternité peuvent entraîner des conséquences néfastes sur le plan socioéconomique, tant pour la jeune fille que sa famille et sa communauté (Lavin et Cox, 2012).

« Les infections transmissibles sexuellement (ITS) sont évitables, mais elles demeurent une importante préoccupation pour la santé publique au Canada » (Agence de la santé publique du Canada, 2013b). D'après l'étude sur le fardeau des maladies infectieuses en Ontario, trois des dix agents infectieux les plus néfastes en Ontario sur les plans de la morbidité et de la mortalité sont transmis sexuellement; il s'agit du virus du papillome humain (VPH), du virus de l'hépatite B (VHB) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH/sida) (Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé / Institut de recherche en services de santé, 2010).

D'après des données publiées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 781 nouveaux cas d'infection par le VIH ont été recensés dans la province en 2012 (Santé publique Ontario, 2014). En plus d'occasionner des décès, des souffrances personnelles et une perte de productivité, chaque cas d'infection par le VIH entraîne des coûts de soins de santé se chiffrant à 250 000 $ selon la Société canadienne du sida (2011).

Près de deux tiers (64 %) des cas de maladies et d'infections à déclaration obligatoire dans la province de l'Ontario sont dus à des infections transmissibles sexuellement (données de 2006, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2009). La chlamydia, qui se transmet la plupart du temps par contact sexuel, est l'infection à déclaration obligatoire la plus fréquente en Ontario (Santé publique Ontario, 2014). Souvent, les personnes souffrant d'une infection à chlamydia ne présentent aucun symptôme. En l'absence de traitement, l'infection peut entraîner des douleurs pelviennes chroniques, l'atteinte inflammatoire pelvienne, des grossesses extra-utérines et l'infertilité. En Ontario, les taux de chlamydia sont les plus élevés chez les femmes de 20 à 24 ans et de 15 à 19 ans (Santé publique Ontario, 2014).

Somme toute, les problèmes de santé sexuelle et reproductive pouvant être prévenus constituent un lourd fardeau pour la population de l'Ontario. Compte tenu de leurs conséquences négatives sur la santé et la vie personnelle, l'accès à une éducation de qualité en matière de santé sexuelle à l'école est considéré à juste titre comme un droit pour l'ensemble des jeunes. En outre, en raison des coûts socioéconomiques importants associés à ces problèmes, l'offre d'éducation en matière de santé sexuelle à l'école est dans l'intérêt de la population de l'Ontario.

BIBLIOGRAPHIE

Advisory Committee on Family Planning. *Sexual Health Education Survey: Urban and Rural Comparative*, étude effectuée par Fast Consulting, Saskatoon (Sask.) pour l'Advisory Committee on Family Planning, Saskatoon (Sask.), 2008. http://www.skprevention.ca/wp-content/uploads/2013/01/7-504-ACFP-Education-Survey-Report.pdf

Agence de la santé publique du Canada. *Le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013 : Les maladies infectieuses – Une menace perpétuelle*, 2013b. http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2013/assets/pdf/2013-fra.pdf

Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, (3e édition), Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2008. http://www.masexualite.ca/uploads/files/guidelinessexedfra.pdf

Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, Infections à *Chlamydia*, 2010a. http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-2-fra.php

Agence de la santé publique du Canada. *Questions & réponses : Éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2013a. http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26289_B_FR.pdf

Agence de la santé publique du Canada. *Questions & réponses : L'identité sexuelle à l'école*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2010c. http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26289F.pdf

Agence de la santé publique du Canada. *Questions & réponses : L'orientation sexuelle à l'école*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2010b. http://www.catie.ca/fr/ressources/questions-et-reponses-lorientation-sexuelle-lecole

Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2011*, Ottawa, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, 2014. http://www.catie.ca/sites/default/files/64-02-14-1200-STI-Report-2011_FR-FINAL.pdf

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé / Institut de recherche en services de santé. *Ontario Burden of Infectious Disease Study*, rapport de l'AOPPS et de l'IRSS, décembre 2010. http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/ONBoID_ICES_Report_ma18.pdf

Albarracín, D., J. C. Gillette, A. N. Earl, L. R. Glasman et M. R. Durantini. « A Test of Major Assumptions About Behavior Change: A Comprehensive Look at the Effects of Passive and Active HIV-Prevention Interventions Since the Beginning of the Epidemic », *Psychological Bulletin*, vol. 131, nº 6, 2005, p. 856-897.

Association des élèves conseillers et conseillères de l'Ontario. *OSTA-AECO 2011 Student & Parent Survey Analysis & Results*, Toronto (Ont.), 2011. http://www.peopleforeducation.ca/wp-content/uploads/2011/10/OSTA-P4E-Student-Parent-Survey-Final-Report.pdf

Bennett, S. E., et N. P. Assefi. « School-based teenage pregnancy prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials », *Journal of Adolescent Health*, vol. 36, nº 1, 2005, p. 72-81.

Boyce, W., M. Doherty, C. Fortin et D. MacKinnon. *Étude sur la jeunesse, la santé sexuelle et le VIH/sida au Canada*, Conseil des ministres de l'Éducation, Ottawa, Ontario, 2003.

Braun-Courville, D. K., et M. Rojas. « Exposure to Sexually Explicit Web Sites and Adolescent Sexual Attitudes and Behaviors », *Journal of Adolescent Health*, vol. 45, nº 2, 2009, p. 156-162.

Burchell, A. N., P. P. Tellier, J. Hanley, F. Coutlée et E. L. Franco. « Influence of Partner's Infection Status on Prevalent Human Papillomavirus Among Persons With a New Sex Partner », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 37, nº 1, 2010, p. 34-40.

Byers, E. S., H. A. Sears, S. D. Voyer et coll. « An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: I. High school students », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 12, 2003a, p. 1-17.

Byers, E. S., H. A. Sears, S. D. Voyer et coll. « An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: II. Middle school students », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 12, 2003b, p. 19-33.

Causarano, N., J. D. Pole, S. Flicker et l'équipe de recherche du Toronto Teen Survey. « Exposure to and desire for sexual health education among urban youth: Associations with religion and other factors », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 19, nº 4, 2010, p. 169-184.

Centers for Disease Control and Prevention. *Chlamydia Profiles*, données nationales de 2011, Centers for Disease Control and Prevention, National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, 2013. http://www.cdc.gov/std/chlamydia2011/

Centers for Disease Control and Prevention. *Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention*, Centers for Disease Control and Prevention, National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, 2014. http://www.cdc.gov/hiv/prevention/research/compendium/

Chin, H. B., T. A. Sipe, R. Elder, S. L. Mercer, S. K. Chattopadhyay, V. Jacob et coll. (Community Preventive Services Task Force). « The Effectiveness of Group-Based Comprehensive Risk-Reduction and Abstinence Education Interventions to Prevent or Reduce the Risk of Adolescent Pregnancy, Human Immunodeficiency Virus, and Sexually Transmitted Infections », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 42, nº 3, 2012, p. 272-294.

Di Giulio, G. « Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: A review of key issues », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 12, nº 1, 2003, p. 53-68.

East, L. J., et T. R. Orchard. « Somebody Else's Job: Experiences of Sex Education among Health Professionals, Parents and Adolescents with Physical Disabilities in Southwestern Ontario », *Sexuality and Disability*, 2014, publié en ligne le 30 janvier 2013.

Fisher, J. D., W. A. Fisher, A. D. Bryan et S. J. Misovich. « Information-Motivation-Behavioral Skills Model-Based HIV Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth », *Health Psychology*, vol. 21, nº 2, 2002, p. 177-186.

Fisher, W. A., J. D. Fisher et S. J. Misovich. « A measure of AIDS prevention information, motivation, behavioral skills, and behavior », publié dans C. M. Davis, W. H. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis, *Handbook of Sexuality-Related Measures*, SAGE Publications, 1998, p. 328-337.

Frappier, J.-Y., M. Kaufman, F. Baltzer, A. Elliot, M. Lane, J. Pinzon et P. McDuff. « La sexualité et la santé sexuelle : Un sondage auprès d'adolescents et de mères du Canada », *Paediatrics & Child Health*, vol. 13, nº 1, 2008, p. 25-30.

Freeman, J., M. King, R. Al-Haque et W. Pickett. *La santé et les comportements liés à la santé chez les jeunes : Ontario*, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's, Kingston (Ont.), Université Queen's, 2012. https://edu.gov.on.ca/fre/healthyschools/HBSCReportJan2013Fr.pdf

Gouvernement du Canada. *Code criminel*, loi à jour le 2015-04-22, Site Web de la législation (Justice), 2015. http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/

Haberland, N. A. « The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 41, nº 1, 2015, p. 31-42.

Hauser, D. *Five Years of Abstinence-Only-Until Marriage Education*, Washington (D.C.), Advocates for Youth, 2004. http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/623-five-years-of-abstinence-only-until-marriage-education-assessing-the-impact?tmpl=component&print=1&layout=default&page

Johnson, B. T., L. A. Scott-Sheldon, T. B. Huedo-Medina et M.P. Carey. « Interventions to Reduce Sexual Risk for Human Immunodeficiency Virus in Adolescents: A Meta-Analysis of Trials, 1985-2008 », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 165, nº 1, 2011, p. 77-84.

Kirby, D. B. « The impact of abstinence and comprehensive sex and STD/HIV education programs on adolescent sexual behavior », *Sexuality Research and Social Policy*, vol. 5, nº 3, 2008, p. 18-27.

Kirby, D., B. A. Laris et L. Rolleri. « Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World », *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, nº 3, 2007, p. 206-217.

Kohler, P. K., L. E. Manhart et W. E. Lafferty. « Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy », *Journal of Adolescent Health*, vol. 42, nº 4, 2008, p. 344-351.

Lavin, C., et J. E. Cox. « Teen pregnancy prevention: current perspectives », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 24, nº 4, 2012, p. 462-469.

McDonald, S., A. Wobick et J. Graham. *Projet de loi C-46 : Demandes de communication de dossiers à la suite de l'arrêt* Mills, *examen de la jurisprudence*, Ottawa (Ont.), Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Justice Canada, 2004. http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/ajc-ccs/rr06_vic2/rr06_vic2.pdf

McKay, A. « Trends in Canadian National and Provincial/Territorial Teen Pregnancy Rates: 2001-2010 », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 21, nºs 3-4, 2012, p. 161-176.

McKay, A. « Trends in teen pregnancy in Canada with comparisons to U.S.A. and England/Wales », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 15, 2006, p. 3-4.

McKay, A., E. S. Byers, S. D. Voyer, T. P. Humphreys et C. Markham. « Ontario parents' opinions and attitudes towards sexual health education in the schools », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 23, nº3, 2014, p. 159-166. http://utpjournals.metapress.com/content/812573154m653152/fulltext.pdf

McKay, A., et P. Holowaty. « Sexual Health Education: A Study of Adolescents' Opinions, Self-Perceived Needs, and Current and Preferred Sources of Information », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 6, 1997, p. 29-38.

McKay, A., M. A. Pietrusiak et P. Holowaty. « Parents' opinions and attitudes towards sexuality education in the schools », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 7, 1998, p. 139-145.

Milhausen, R., A. McKay, C. Graham, R. Crosby, W. Yarber et S. Sanders. « Prevalence and predictors of condom use in a national sample of Canadian university students », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 22, nº 3, 2013, p. 142-151.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Infections transmissibles sexuellement – Recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts*, Toronto (Ont.), ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Division de la santé publique, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2009.

Morrison-Beedy, D., S. H. Jones, Y. Xia, X. Tu, H. F. Crean et M. P. Carey. « Reducing Sexual Risk Behavior in Adolescent Girls: Results From a Randomized Controlled Trial », *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, nº 3, 2013, p. 314-321.

Organisation mondiale de la Santé. *Developing sexual health programmes: A framework for action*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf

Ott, M. A., et J. S. Santelli. « Abstinence and abstinence-only education », *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, vol. 19, nº 5, 2007, p. 446-452.

Perreault, S., et S. Brennan. « La victimisation criminelle au Canada, 2009 », *Juristat*, vol. 30, nº 2, 2010, p. 1-29. http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2010002/article/11340-fra.pdf

Protogerou, C., et B. T. Johnson. « Factors Underlying the Success of Behavioral HIV-Prevention Interventions for Adolescents: A Meta-Review », *AIDS and Behavior*, vol. 18, nº 10, 2014, p. 1847-1863.

Rotermann, M. « Comportement sexuel et utilisation du condom chez les 15 à 24 ans en 2003 et en 2009-2010 », *Rapports sur la santé*, vol. 23, nº 1, 2012, p. 1-5. http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012001/article/11632-fra.pdf

Rotermann, M. « Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes », *Rapports sur la santé*, vol. 16, nº 3, 2005, p. 39-45.

Rotermann, M. « Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence », *Rapports sur la santé*, vol. 19, nº 3, 2008, p. 1-5. http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008003/article/10664-fra.pdf

Rotermann, M., K. A. Langlois, A. Severini et S. Totten. « Prévalence de *Chlamydia trachomatis* et du virus de l'herpès simplex de type 2 : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2009 à 2011 », *Rapports sur la santé*, vol. 24, nº 4, 2013, p. 10-15.

Santé publique Ontario. *Reportable Disease Trends in Ontario, 2012*, Toronto (Ont.), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014. http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Reportable_Disease_Trends_in_Ontario_2012.pdf

Schalet, A. T., J. S. Santelli, S. T. Russell, C. T. Halpern, S. A. Miller, S.S. Pickering, S. K. Goldberg et J. M. Hoenig. « Invited Commentary: Broadening the Evidence for Adolescent Sexual and Reproductive Health and Education in the United States », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 43, 2014, p. 1595-1610.

Sex Information and Education Council of Canada (calculs non publiés). Taux d'avortement chez les adolescentes générés à partir des données sur les avortements thérapeutiques (nombre d'avortements) de l'Institut canadien d'information sur la santé chez les Ontariennes de 19 ans et moins en 2007 et en 2013 (http://www.icis.ca) et à partir des estimations de la population chez les femmes de 15 à 19 ans en 2007 et en 2013 de Statistique Canada (tableau CANSIM 051-0001, Statistique Canada : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?id=0510001&p2=33&retrLang=fra&lang=fra).

Sex Information and Education Council of Canada. *Sexual Health Issue Brief. Autism Spectrum Disorder: Information for Sexual Health Educators*, Toronto (Ont.), 2015a. http://sieccan.org/wp/wp-content/uploads/2015/01/SIECCAN-Sexual-Health-Issue-Brief_Autism-Spectrum-Disorder.pdf

Sex Information and Education Council of Canada. *Sexual Health Issue Brief. Consent to Sexual Activity: Definitions, Issues, and Priorities for Sexual Health Education*, Toronto (Ont.), 2015b. http://sieccan.org/wp/wp-content/uploads/2015/02/SIECCAN-Sexual-Health-Issue-Brief_Consent.pdf

Smith, A., D. Stewart, C. Poon, M. Peled, E. Saewyc et McCreary Centre Society. *From Hastings Street to Haida Gwaii: Provincial results of the 2013 BC Adolescent Health Survey*, Vancouver (C.-B.), McCreary Centre Society, 2014. http://www.mcs.bc.ca/pdf/From_Hastings_Street_To_Haida_Gwaii.pdf

Smoak, N. D., L. A. Scott-Sheldon, B. T. Johnson et M. P. Carey. « Sexual Risk Reduction Interventions Do Not Inadvertently Increase the Overall Frequency of Sexual Behavior: A Meta-analysis of 174 Studies With 116,735 Participants », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 41, nº 3, 2006, p. 374-384.

Social Security Administration. « Separate program for abstinence education », *Social Security Act*, article 510, 2015. http://legcounsel.house.gov/Comps/Social%20Security%20Act-TITLE%20V%28Maternal%20and%20Child%20Health%20Services%20Block%20Grant%29.pdf

Société canadienne de pédiatrie. *Les sextos : Assurer la sécurité et la responsabilité des adolescents dans un monde adepte de technologie*, 2014, point de pratique reconduit le 1er février 2014. http://www.cps.ca/fr/documents/position/sextos

Société canadienne du sida. *Le coût économique du VIH/sida au Canada*, Ottawa (Ont.), Société canadienne du sida, 2011. http://www.cdnaids.ca/files.nsf/pages/lecouteconomiqueduvih-sidaaucanada/$file/Le%20co%C3%BBt%20%C3%A9conomique%20du%20VIH-sida%20au%20Canada.pdf

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « Déclaration de principe de la SOGC – Santé sexuelle : Éducation et promotion en milieux scolaires et parascolaires au Canada », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 26, 2004, p. 596-600. http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/146F-PS-Juin2004.pdf

Springate, J., et H. A. Omar. « The impact of the internet on the sexual health of adolescents: A brief review », *International Journal of Child and Adolescent Health*, vol. 6, nº 4, 2013, p. 469-471.

Steeves, V. *Jeunes Canadiens dans un monde branché, Phase III : Tendances et recommandations*, Ottawa (Ont.), HabiloMédias, 2014. http://habilomedias.ca/sites/mediasmarts/files/publication-report/full/jcmbiii_tendances_recommandations_rapport.pdf

Taylor, C., T. Peter, T. L. McMinn, T. Elliott, S. Beldom, A. Ferry, K. Schachter et coll. *Every class in every school: The first national climate survey on homophobia, biphobia, and transphobia in Canadian schools. Final report*, Toronto (Ont.), Egale Canada Human Rights Trust, 2011. http://egale.ca/wp-content/uploads/Egale%20Publications/Every%20Class%20In%20Every%20School.pdf

Thompson, S. *Adolescent access to sexually explicit media content in Alberta: a human ecological investigation*, mémoire, Université de l'Alberta (n° MR22387), 2006.

Toronto District School Board. *Facts. 2011-2012 Student & Parent Census*, Toronto (Ont.), Toronto District School Board, 2013. http://www.tdsb.on.ca/Portals/0/AboutUs/Research/2011-12CensusFactSheet1-Demographics-17June2013.pdf

Trenholm, C., B. Devaney, K. Fortson, L. Quay, J. Wheeler et M. Clark. *Impacts of Four Title V, Section 510 Abstinence Education Programs. Final Report*, Mathematica Policy Research Inc., rapport présenté au département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, 2007. http://www.mathematica-mpr.com/~/media/publications/PDFs/impactabstinence.pdf

Weaver, A. D., E. S. Byers, H. A. Sears, J. N. Cohen et H. Randall. « Sexual health education at school and at home: Attitudes and experiences of New Brunswick parents », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 11, n° 1, 2002, p. 19-31.

World Association for Sexual Health. *La santé sexuelle pour le millénaire – Déclaration et document technique*, Minneapolis (Minn., É.-U.), World Association for Sexual Health, 2008. http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-french.pdf

Remerciements

Les fonds ayant rendu possible la création de cette ressource ont été octroyés par le gouvernement de l'Ontario. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement de l'Ontario. Ce rapport a été rédigé par Alexander McKay, Ph. D., et Jocelyn Wentland, Ph. D., du Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN).